

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, tweede operatie bij residuele osteofyt
Zaaknummer : 2009.01908
Zittingsdatum : 10 maart 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 16 juli 2009 een “Revisie van L5 links” (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk te vergoeden, namelijk tot een maximaal bedrag van € 8.718,--.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal en AV Tand Extra afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 16 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk, tot 80 percent van het Nederlands tarief, is toegekend.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld alsnog 100 percent van het Nederlands tarief te vergoeden – gebaseerd op een DBC in 2008 – tot een maximaal bedrag van € 10.927,70.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij ongedateerde brief, binnengekomen op 24 november 2009, heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 12 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is bij brief van 20 januari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 25 respectievelijk 27 januari 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 20 januari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010009031) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd, en de eerste en tweede operatie zijn aan te merken als behandelingen die onder dezelfde DBC-code vallen.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 februari 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "(...) lage rugpijn en een langzaam toenemende L5-ischialgie aan de rechter zijde met duidelijke reductie van de loopafstand. De klacht heeft een belastingsafhankelijke component en reageert niet op behandeling". In dat kader heeft op 30 maart 2009 de volgende operatie plaatsgevonden: "PLIF L5/S1 met Capstone-cages en Legacy-systeem". De kosten van deze operatie zijn volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Na afloop van de operatie is verzoekster opnieuw op consult geweest bij dezelfde arts, waarna de volgende diagnose is gesteld: "toestand na PLIF L5/S1 op 30/09/09. Patiënt klaagt in toenemende mate over een heftige lumboïschialgie met uitstraling volgend de L5 distributie links en langzaam toenemende dropvoet. De pijn reageert niet op behandeling". Naar aanleiding van deze diagnose is de "revisie L5 links" uitgevoerd.
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat haar behandelend arts en de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar van mening verschillen over de vraag of de tweede operatie dient te worden losgezien van de eerste en daarom dient te worden vergoed, of dat de tweede operatie is uitgevoerd naar aanleiding van complicaties die na de eerste operatie zijn ontstaan. Verzoekster is van mening dat sprake is van een ingreep die zo zeer verschilt van de eerste operatie, dat deze moet worden gezien als een nieuwe operatie.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de behandelend arts van verzoekster in zijn brief van 13 augustus 2009 heeft medegedeeld dat sprake was van een complicatie, waardoor uiteindelijk een tweede operatie noodzakelijk bleek. In de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 maart 2009 is vermeld dat de kosten van eventuele complicaties in het maximaal te vergoeden bedrag zijn begrepen. Ook is verzoekster erop gewezen dat wanneer de totale kosten voor de behandeling hoger zouden zijn dan het toegekende maximale bedrag, deze kosten voor haar rekening zouden blijven.
- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het gebruikelijk is dat de aangevraagde operatie, te weten een PLIF-spondylodese, ook het verwijderen van osteofyten omvat. Dit maakt daarom deel uit van de DBC-code op grond waarvan de vergoeding is verleend. Deze DBC-code is 08.11.00.2115.0023. De behandelend arts spreekt over een residuele osteofyt, die in eerste instantie niet was geconstateerd, waardoor verzoekster volgens haar verklaring ook na de eerste operatie klachten bleef houden. Dit vormt volgens de medisch adviseur echter geen nieuwe indicatie. Aangenomen moet worden dat de betreffende osteofyt ook in eerste instantie (mede)verantwoordelijk was voor de rugklachten van betrokkene. Een tweede operatie was noodzakelijk om het met de eerste operatie gewenste en beoogde medische resultaat te behalen, en rechtvaardigt daarom niet de opening van een nieuwe DBC. Zouden beide operaties in Nederland zijn uitgevoerd, dan zou onder deze omstandigheden ook geen tweede DBC mogen worden gedeclareerd.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de tweede operatie waarop verzoekster aanspraak maakt, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg en voor bepaalde zorg gebruik kan maken van niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Voor medisch-specialistische zorg geldt dat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 8 tot en met 33 van de zorgverzekering.

Artikel 11 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist, werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch-specialist of in een zelfstandig behandelcentrum.

- a. Er is een verwijzing door de huisarts, sportarts, tandarts, verloskundige, kaakchirurg, medisch-specialist of bedrijfsarts noodzakelijk. Een verwijzing houdt noodzakelijkerwijs verband met de uitoefening van het vakgebied van de betreffende voorschrijver.*
- b. Voor een MRI-scan is verwijzing door de behandelend specialist noodzakelijk.*
- c. Voor een second opinion door een medisch-specialist is een verwijzing door de huisarts noodzakelijk.”*

In artikel 32 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland omschreven. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als een verzekerde de zorg inroept van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 3.4 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)”

Artikel 3.4 van de zorgverzekering regelt het volgende:

“Voor de zorg en overige diensten zoals genoemd onder lid 1 en 2 van dit artikel moet de verzekerde zich in beginsel wenden tot een zorgaanbieder met wie [de ziektekostenverzekeraar] een overeenkomst heeft gesloten. Deze zorgaanbieders dienen te voldoen aan de criteria zoals die in deze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen. Indien u gebruik maakt van een niet gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van 80% van het op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde maximum tarief of indien een dergelijk tarief niet is vastgesteld 80% van het door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde tarief.”

- 8.3. De artikelen 3.4, 11 en 32 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding wanneer een verzekerde kiest voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Gelet op de relevante verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de tweede operatie die verzoekster heeft ondergaan, het gevolg is van een complicatie, dan wel dat het een geheel nieuwe operatie betreft. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat sprake is van een complicatie, en verbindt daaraan het gevolg dat geen hogere vergoeding mogelijk is, omdat in Nederland in dat geval één DBC-code van toepassing is en geen parallelle DBC-code mag worden geopend. Verzoekster stelt daarentegen dat sprake is van twee losstaande operaties.
- 9.3. De onderhavige zorg was in Nederland tijdig bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener beschikbaar, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was tot verstrekking van een zogenoemd E 112-formulier op basis van artikel 22 van EG-Verordening 1408/71. Verzoekster heeft daarom aanspraak op vergoeding op basis van het Nederlands tarief, zoals bepaald in de artikelen 3.4 en 3.2 van de zorgverzekering.
- 9.4. Door de ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding de DBC-code 08.11.00.2115.0023 gehanteerd, met als omschrijving “Reguliere zorg // decompressie extradurale tumor wervelkolom: anterieur met spondylodese / Operatief met klinische episode(n)”. Het betreft een DBC-code uit het A-segment, waarbij de tarieven een gegeven zijn. Het tarief behorend bij deze code bedroeg in maart 2009 – ten tijde van de operatie – € 10.898,35. De gehanteerde DBC-code met het bijbehorende tarief komt de commissie – gezien de bij verzoekster uitgevoerde operatie – juist voor. Op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering (2009) heeft verzoekster recht op 80 percent van genoemd tarief. De ziektekostenverzekeraar is evenwel uitgegaan van een gunstiger tarief op basis van de aanvraag die is ingediend in 2008, en heeft ervoor gekozen de korting van 20 percent niet toe te passen. De commissie zal in deze beslissing niet treden.
- 9.5. Voor zover verzoekster stelt dat het hier twee aparte operaties betreft die als zodanig dienen te worden beoordeeld en vergoed, overweegt de commissie het volgende. De DBC-Onderhoudsinstructie (Instructie DBC-registratie Neurochirurgie, v20081001 (ingangsdatum instructie 1-1-2009)) bepaalt met betrekking tot het openen van een parallelle DBC het volgende:

“Criteria voor het openen van een parallelle DBC:

- *Er is sprake van een extra zorgvraag (een andere dan de al bestaande zorgvraag).*
- *Er is sprake van : “substantieel meer kosten voor het ziekenhuis c.q. meer inzet door de medisch specialist”.*

Alleen indien aan beide criteria is voldaan, mag een parallelle DBC (zorgtype 11) worden geopend!

*Voorbeelden van substantieel meer kosten of inzet door een **extra zorgvraag** zijn operaties in een heel ander gebied of uitgebreide dure diagnostiek rond een nieuwe zorgvraag. Als er sprake is van substantieel meer kosten of inzet bij **dezelfde zorgvraag**, mag u geen tweede, parallelle DBC openen. Er wordt dan niet voldaan aan het eerste criterium, een extra zorgvraag (een extra CT-scan is geen criterium om een extra DBC te openen).*

Als richtlijn kan worden gehanteerd dat er pas sprake is van “substantieel” als de inzet of de kosten 40% hoger liggen dan het gemiddelde van de al openstaande zorgvraag.

Hierbij is het ook van belang om de essentie van de DBC-systematiek in het oog te houden. Het gaat om gemiddelde profielen. Een enkel consult extra levert in de regel geen substantiële extra kosten of inzet op.”

De vraag is derhalve of bij verzoekster bij de tweede operatie sprake was van dezelfde zorgvraag als bij de eerste operatie. Bij de eerste operatie, te weten de PLIF-spondylodese, heeft de arts de volgende indicatie gesteld: “RX en MRI: tonen een bilaterale isthmolyse van L5, een discusdegeneratie L5/S1 met belangrijk hoogteverlies en een spondylolisthesis graad II tot III met ook aan de voorzijde van het sacrum osteofytvorming. (...)”. De reden voor de tweede operatie was volgens de behandelend arts de volgende: “Het CT toonde een goede positie van de implantaten. Aan de onderzijde van L5 was linkzijdig een residuele osteofyt zichtbaar die in het neuroforamen gelegen was. Besloten werd om een revisie van de radix L5 te verrichten”. Uit deze verklaringen blijkt dat beide operaties zijn uitgevoerd op hetzelfde niveau, en dat bij beide operaties osteofyten werden verwijderd. De tweede operatie was noodzakelijk in verband met ‘residuele osteofytvorming’. Het betrof derhalve dezelfde zorgvraag, zodat in Nederland geen tweede DBC zou mogen worden geopend. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een hoger bedrag dan reeds door de ziektekostenverzekeraar aan haar is voldaan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6 De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige behandeling, zodat de bespreking daarvan achterwege kan blijven.

Conclusie

- 9.7 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 maart 2010,

Voorzitter